

ENDO CLUB NORD 2003

In November 2003, I had the opportunity to attend - in the capacity of section chairman - the prestigious Euro Club Nord endoscopic congress, which is held in Hamburg. The idea to organize this event was born after the energetic and charismatic F. Hagenmüller moved from Munich to become head of Department at the Altona Hospital. By the way, Hagenmüller in fact started the exodus of brilliant endoscopists from university hospitals, with Neuhaus, Kniryim, Ell, Schneider, and more recently, Rösch following suit. It would not be too much of an exaggeration to say that academic centres all over Germany actually ousted their top endoscopists! The arrival of Hagenmüller to Hamburg where he teamed up with Wurbs and Soehendra gave birth to a triumvirate with no equal, setting themselves the task of starting a tradition of live demonstrations of endoscopic methods with the none too modest ambition of becoming the best event of its kind in the world - and there is little doubt they did in fact succeed! I was able to attend the congress for a fourth time (my second time as a section chairman) and I would have difficulty in finding fault with the most recent one. Each organizer of a live demonstration should set themselves, as a priority, the strategy of the entire event: will it be an educational or rather an innovative one? Only few events (not more than five all over the world) can aspire to become the latter, with Hamburg no doubt being one of them. As usual, procedures were alternatively transmitted from three hospitals and a mix, besides the congress hall, also to Dublin and Rome. The procedures were presented by neatly dressed (often also most beautiful) women and the whole transmission was characterized by an almost medially relaxed way of all presentations. Of the project's founders, hands-on presentations were only undertaken by Hagenmüller (Prof. Wurbs died several years ago), so department heads were not afraid of letting their often very young co-workers perform demanding procedures by themselves, and they did stand the test. The whole program followed an incredibly quick course of events, with demonstrations following quickly one after the other: externally oriented coloscopy (2 cases), 4 cases of different polypectomy procedures, endoscopic ultrasonography, mucosectomy, oeso-

phageal iatrogenic stenosis, thermo-ablation of hepatic metastases, again mucosectomy, PTC, thoracoscopy, oesophageal EUS, varices, puncture cytology, ERCP, argon-plasma coagulation, transbronchial biopsy, ERCP - plastic biliary stent, metallic stent, again varices, duodenal metallic stent, electrohydraulic lithotripsy, Klatskin's tumour stenting, treatment of pancreaticolithiasis, Barrett mucosectomy, again varices, haemorrhoidal APC, mechanical lithotripsy and, finally, again a biliary stent. An incredible 30 procedures per day, with lectures taking up some of the time available! A remarkable and novel feature was the incorporation of unorthodox gastroenterological methods and extensive antral mucosectomy, performed by a Japanese endoscopist with a needle cauterizer!

The first day of the symposium was dedicated to demonstrations and lectures, some of which were given by international guests, deserving a separate mention. To explain, the high prestige of the congress and the funds available make it possible for the organizers to invite even American (and thus expensive) speakers, partly sidetracking diplomacy. As a result, the invited speakers represent a timeless quality, not the boards of national or international societies. The lectures, which attracted particular attention, were those by I. Modlin on reflux oesophagitis and by P. Cotton on the current status and future of digestive endoscopy. In my opinion, it was particularly the lecture by Cotton, which was absolutely unique and on hearing it, one could easily understand why representatives of US universities thought it was worth trying to hire him repeatedly from the UK to take the post of dean.

The second day was dedicated to discussion panels on hot topics such as colorectal cancer screening or organization of health care. The message was that even a rich country such as Germany is faced with problems, although at a different personal income level. One such problem is overuse and quality of medical care. This is indeed remarkable since there is no (in fact nowhere in the world) consensus as to what we actually provide - that is simple, comprehensible and universal quality control. As a case in point, it was shown at the congress that about

50 % of endoscopists perform colonoscopies in an absolutely inadequate manner! This has to be changed and this is also an important issue for our scientific societies. In future, each endoscopy department should publicly report numbers with a relevant assessment of the quality of its procedures, for example, with colonoscopies as a percentage of complete examinations.

It is of interest, that although an international symposium, local participants spoke only German (of course with translation provided). In my view, this is a feature characterizing the current process of increasing European self-awareness. In future, English

may be used exclusively by small nations at similar events (I am currently unable to think of French as the official congress language in Brussels), while big nations (such as France, Spain, and Italy in addition to Germany) prefer using their own language.

All in all, considering the information provided, organization, matter-of-fact discussions as well as the social program, Endo Club Nord truly was a most impressive and notable experience.

Julius Špičák

Department of Hepato-Gastroenterology, Institute of Clinical and Experimental Medicine, Praha, Czech Republic
E-mail: julius.spicak@medicon.cz

Inovační kurz v gastroenterologii

V sobotu 13. prosince 2003 se v posluchárně 2. interního oddělení ÚVN, Subkatedry gastroenterologie IPVZ Praha uskutečnil tradiční podzimní inovační kurz v gastroenterologii. Tato akce, která se pod záštitou Subkatedry gastroenterologie koná pravidelně dvakrát ročně, si klade za cíl seznámit účastníky s novinkami v diagnostice a léčbě onemocnění trávicího traktu a novými technologiemi v oblasti zobrazovacích metod a digestivní endoskopie. Na programu podzimního kurzu byly tři souhrnné "up-to date" přednášky, klinická kasuistika, dvě prezentace byly věnovány novinkám v digestivní endoskopii, živě demonstrováno bylo zařízení na sledování polohy kolonoskopu při vyšetření - Scope Guide firmy Olympus.

Docent Jirásek z 1. Lékařské fakulty UK přednesl souhrnnou přednášku věnovanou problematice syndromu dráždivého tračníku, ve které se zaměřil především na úskalí diagnostiky a terapie tohoto vysoce prevalentního onemocnění. Do kontextu zavedené medikamentózní terapie zařadil nové přípravky, které byly nebo jsou uváděny na český trh - tegaserod, setrony či nová antidepresiva. Na základě několika kasuistik demonstroval dilemata, se kterými se klinik v léčbě dráždivého tračníku často setkává, a znovu připomenul úlohu lékaře jako rádce, jehož významnou úlohou je ujištění a ujišťování pacienta o nezhoubném charakteru onemocnění.

Profesor Bureš z Lékařské fakulty UK v Hradci Králové přednesl souhrnný referát o problematice nádorů tenkého střeva. Nádory tenkého střeva, které tvoří jen 1 % všech nádorů trávicího traktu, představují heterogenní entitu maligních a benigních lézí, nejčastěji se však vyskytují adenokarcinomy, lokalizované v duodenu. Zvláštní kapitolu představují gastrointestinální stromální tumory, které mají histogenetický vztah k intersticiálním buňkám a jejich biologická povaha je nejistá. Kromě primárních nádorů se lze v tenkém střevě nezdědka setkat s metastázami nádorů jiné primární lokalizace, zejména karcinomu plic, mammy nebo maligního melanomu, který je v tenkém střevě často amelanotický. Symptomy nádorového onemocnění tenkého střeva jsou nespecifické, v časných stádiích bývá průběh zcela symptomatický, anamnesticky lze vysledovat neurčité dyspeptické obtíže s intermitentními známkami obstrukce. Jindy bývá klinický obraz dramatický a nádorové onemocnění se může manifestovat jako náhlá příhoda břicha s intususcepcí, perforací či krvácením. Specifická je symptomatologie endokrinně aktivních tumorů. Diagnostický algoritmus se odvíjí od klinických příznaků, ze zobrazovacích metod se uplatňuje CT, enteroklýza a v poslední době i enteroskopie, která je na několika českých pracovištích dostupná. Přednáška byla bohatě obrazově dokumentována nálezy z pracoviště

prof. Bureše, kde rovněž vznikla respektovaná monografie, zabývající se problematikou enteroskopie.

MUDr. Mináriková z ÚVN seznámila posluchače s novinkami v diagnostice, terapii a sledování pacientů s Barrettovým jícnem. Barrettův jícen jako závažná komplikace refluxní choroby představuje významný rizikový faktor pro vznik adenokarcinomu jícnu a platí pro něj podobné zákonitosti jako pro vznik karcinomu kolorektálního. Existuje však mnohem méně dat, které popisují vývoj sekvence Barrettův jícen - dysplázie nízkého a vysokého stupně - karcinom, a proto není jednoduché stanovit jednoznačný algoritmus pro dispenzární péči. Je zřejmé, že pacienty s Barrettovým jícnem je nutno dispenzarizovat a v případě nálezu těžké dysplázie i terapeuticky intervenovat. Diagnostice dominuje endoskopie s použitím intravitálního barvení a zvětšovacích endoskopů, které umožňují časnou diagnostiku dysplastických změn. Doposud jediná akceptovaná terapeutická metoda - ezofagektomie - je do značné míry mutilujícím výkonem s vysokou mortalitou a morbiditou, a proto je tendence nacházet méně invazivní alternativy. K dispozici je fotodynamická terapie, termoablační metody či endoskopická mukozální resekce, která se zdá být nejperspektivnější metodou, protože jako jediná nabízí kompletní ablací sliznice s dysplastickými změnami. Součástí prezentace bylo i seznámení se současnými obecně akceptovanými schémata dispenzární péče dle doporučení renomovaných odborných společností. Barrettův jícen je však téma vysoce kontroverzní a v budoucnosti nelze vyloučit zásadní změny v pohledu na tuto problematiku.

MUDr. Závada seznámil posluchače s novinkami v terapeutické i diagnostické endoskopii, které byly prezentovány na mezinárodním endoskopickém kurzu v Torontu v říjnu roku 2003. Na tomto fóru byly prezentovány nové trendy v endoskopické terapii refluxní choroby, na kterých lze zároveň demonstrovat nové perspektivy digestivní endoskopie jako takové. Při endoskopické léčbě refluxu se používá jak radiofrekvenčních metod, u kterých se předpokládá posílení antirefluxního mechanismu skarifikací v oblasti dolního jícnového svěrače, tak i neureolýzy, která ovlivňuje subjektivní vnímání refluxních epizod. Další okruh metod představují endoskopické aplikace, kdy s pomocí speciálního akcesoria lze vytvořit slizniční řasu, která mechanicky brání průniku refluxátu. Právě tato metoda, při které se pomocí akcesorního pracovního kanálu připojeného zevně k tubusu endosko-

pu zavádí modifikovaný stapler, naznačuje možný směr vývoje terapeutické endoskopie - transluminální výkony v dutině břišní. I tato, prozatím jen čistě futuristická vize, byla ověřena na zvířecím modelu, kdy u slepice byla provedena jehlovým nožem incize přední stěny žaludku s následnou revizí dutiny břišní a preparací cévního svazku v jaterním hilu pomocí standardního endoskopického akcesoria. Incize byla následně uzavřena standardním endoklipem a zvíře bez zánětlivých komplikací přeživalo. Z nových metod, jejichž klinické použití je otázkou bližší budoucnosti, zaujala modifikovaná dvoubalonková enteroskopie, kdy s pomocí balonku na konci endoskopu a dalšího balonku na konci převlečné trubice lze za jejich střídavé insuflace a desuflace dosáhnout takového nasoukání střeva na tubus endoskopu, že během dvou hodin lze explorovat celé tenké střevo až do céka. Je zřejmé, že terapeutická digestivní endoskopie ve svém vývoji neustrnula a čeká ji zajímavý vývoj, který sice nebude tak dramatický jako v dobách jejího slavného začátku na přelomu 60. a 70. let, ale jistě přinese mnoho překvapení.

Součástí kurzu bylo sledování živého přenosu kolonoskopie z jednoho z endoskopických sálků 2. interního oddělení ÚVN. V současné době oddělení disponuje audiovizuální technikou, kterou lze sledovat dění na endosonografickém, rtg a zákrokovém endoskopickém sálku. Náhledovou kamerou je vidět sál, endoskopický obraz a v případě kolonoskopie i obraz prostorového monitorovacího zařízení. Byl vyšetřován pacient hospitalizovaný na metabolické jednotce oddělení s Crohnovou nemocí, vyšetření provedl MUDr. Stehlík.

ScopeGuide je systém, který umožňuje v reálném čase tříprostorové zobrazení pozice a orientace endoskopu v tračniku, zobrazení jeho pohybu, ohybů tubusu a uložení distálního konce v dutině břišní. Princip spočívá v uložení 16 - 20 elektromagnetických spirál v tubusu endoskopu. Každá generuje pulzní nízkovoltážní magnetické pole, které je snímáno přijímací jednotkou. Ta je tvořena řadou přijímacích spirál, které při snímání magnetického pole předávají signál do počítače, kde jsou informace vyhodnocovány a na barevném LCD displeji je přesně vykreslena pozice spirál. Tento obraz je generován ve tvaru endoskopu. Tím je získán prostorový pohled na pohyb a pozici přístroje v tračniku.

3D monitorovací systém tedy umožňuje zobrazení přístroje během endoskopie a tím dokonalou kontro-

lu postupu tubusu tračnickem. Výhodou je včasné rozpoznání a ovlivnění vzniku typických i atypických kliček, zařízení umožňuje orientaci v prostoru a přesné určení polohy. Zkracuje dobu nutnou k úspěšnému zavedení přístroje a snižuje riziko perforace. Vyšetření se stává komfortnějším jak pro pacienta, tak pro lékaře, a to bez radiační zátěže. Zařízení je s výhodou použitelné při demonstraci, výuce a praktickém zácviku začínajících endoskopistů.

Vzhledem k opakovaným nepřesnostem v indikacích endosonografického vyšetření seznámil MUDr. Stehlík posluchače se současnou rolí této diagnostické (a v některých případech i terapeutické) metody ve vyšetřovacím programu pacientů s podezřením na karcinom pankreatu, z videozáznamu se posluchači mohli seznámit s technikou aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB). FNAB při EUS je bezpečná metoda histologické verifikace pankreatických mas. Těsné sousedství cílových struktur s lumen žaludku a duodena umožňuje bezpečnou a přesně cílenou histologickou diagnostiku s minimálním rizikem implantačních metastáz. Tato výhoda je zřejmá u resekabilních tumorů, kdy místo průchodu bioptické jehly bývá

zavzato do resekátu. Kalibr punkční jehly umožňuje zpravidla získat reprezentativní objem tkáně pro cytologické vyšetření. Pro výzkumné účely je na pracovišti II. interního odd. ÚVN navíc prováděno vyšetření onkogenů p16, Ki Ras a BRCA2.

EUS je nezastupitelná metoda ve stanovení předoperačního stagingu karcinomu pankreatu. Možnost cytologické verifikace při FNAB v kombinaci s kartáčkovou cytologií při ERCP zlepšuje výtěžnost vyšetřovacího algoritmu. Přesnost při stanovení resekability a TN stagingu je větší či srovnatelná s CT. Detekce lézí větších než 2 cm je téměř stoprocentní, u menších lézí je vyšší senzitivita EUS než CT a MR.

První inovační kurz v roce 2004 se bude konat dne 24. dubna, a to opět v posluchárně 2. interního oddělení. Bližší informace o programu budou zveřejněny na webových stránkách IPVZ (www.ipvz.cz), kde je možno se rovněž na kurz přihlásit.

Filip Závada
Miroslav Zavoral

2. interní oddělení ÚVN, Subkatedra gastroenterologie IPVZ, Praha,

E-mail: zavadfil@uvn.cz

E-mail: zavormir@uvn.cz